

21
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 28 Juillet 1893, à 1 heure.

PAR

Camille GUÉRINEAU

Externe des Hôpitaux

Né à Levroux (Indre), le 4 août 1867.

ÉTUDE

SUR LES

KYSTES HYDATIQUES

DU CERVEAU

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges { MM.
REYNIER, professeur.
CHAUFFARD, MARIE, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

421

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 28 Juillet 1893, à 1 heure.

PAR

Camille GUÉRINEAU

Externe des Hôpitaux

Né à Levroux (Indre), le 4 août 1867.

ÉTUDE

SUR LES

KYSTES HYDATIQUES
DU CERVEAU



Président : M. STRAUS, professeur.

Juges { MM.
REYNIER, professeur.
CHAUFFARD, MARIE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	N.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	{ TILLAUX.
	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

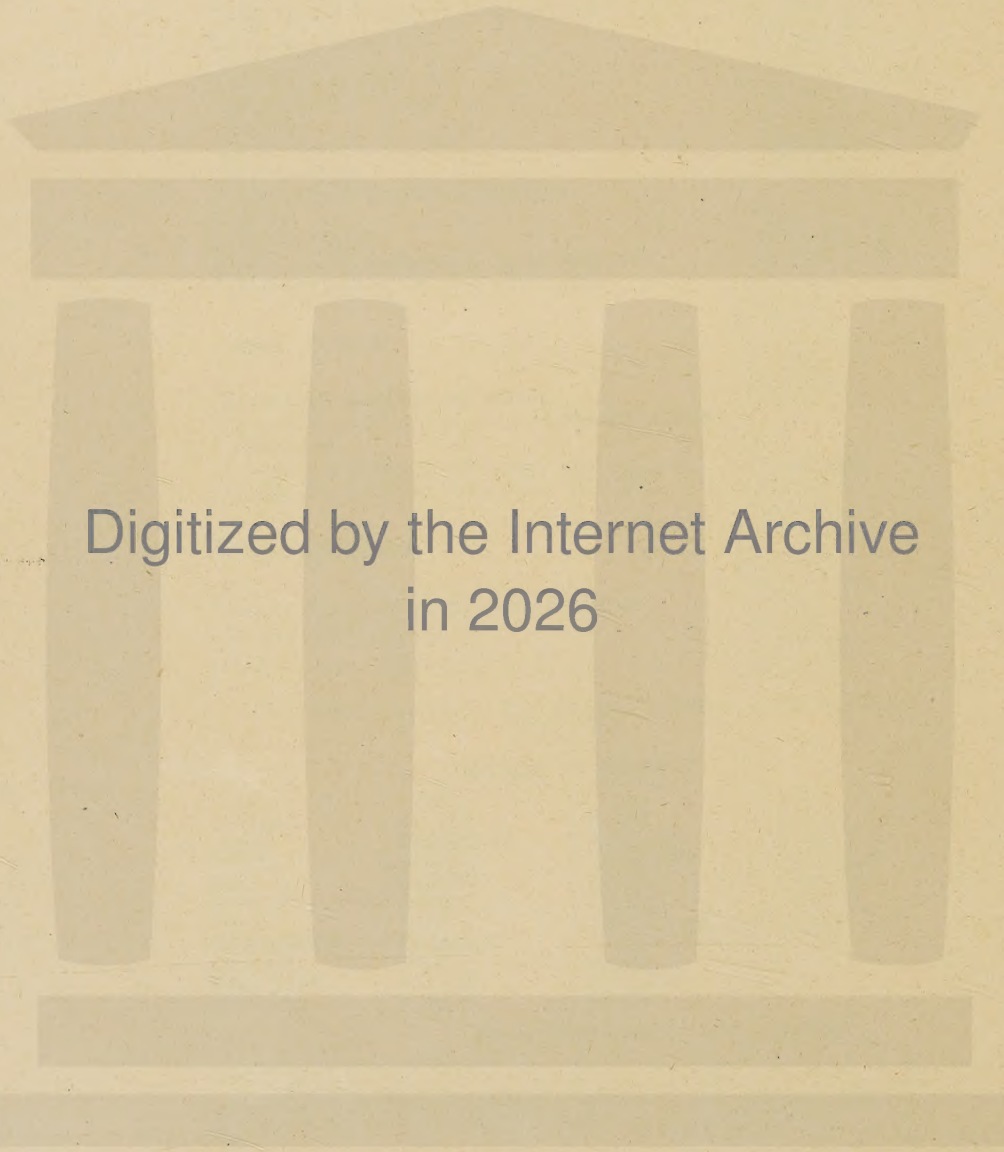
Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIÉR.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERRER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0084

PRÉFACE

Bien qu'on ait publié en France et à l'étranger de nombreuses observations de kystes parasitaires du cerveau et que la connaissance même de ces tumeurs remonte au siècle dernier, on ne peut dire que l'étude de ce genre d'affection soit arrêtée d'une façon définitive. Il semble notamment que grâce aux progrès de la Chirurgie et grâce aussi aux indications plus nettes que fournit aujourd'hui la doctrine des localisations cérébrales le traitement doive passer par une nouvelle phase et de médical devenir chirurgical. Il reste encore bien des points à fixer dans la marche et la symptomatologie ; nous avons cru que le meilleur moyen à employer pour résoudre ces questions épineuses était la méthode statistique et c'est pourquoi nous nous sommes efforcé de réunir le plus grand nombre possible d'observations de kystes parasitaires du cerveau. C'est de leur examen attentif que nous avons tiré les déductions que l'on trou-

vera dans le présent travail. Nous remercions bien vivement notre excellent maître M. le professeur Straus du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse. Nous adressons aussi le témoignage de notre profonde gratitude à Messieurs les professeurs Le Fort, Tillaux et Pinard, à Monsieur le Docteur Lejars, chirurgien des hôpitaux, à Messieurs les Docteurs Martha et Thérèse, dont les conseils nous ont été si utiles pendant le cours de nos études médicales. Nous rappellerons les noms des professeurs Damaschino et Ball, qui furent nos premiers maîtres et dont le souvenir nous est si cher.

HISTORIQUE.

Les kystes hydatiques sont connus depuis l'antiquité. En effet voici comment s'exprime Hippocrate sur les : « hydatides que l'on rencontre dans les poumons : « gignitum etiam (hydrothorax) ubi tuberculo in pulmone exorta fuerunt et aqua repleta in pectus eruperint quod autem etiam a tuberculis orietur hydrops mihi argumento sunt boves canes et sues. Ex his enim quadrupedibus maxime pulmonis tubercula orientur quæ aquam continent (de internis affectibus cap??... » (Traduction Chartier, t. VIII, p. 656.) Arétée de Cappadoce rapporte aussi qu'une espèce d'hydropisie est formée par de petites vessies pleines de liquide. Enfin Gallien dans ses commentaires sur les aphorismes d'Hippocrate dit qu'on rencontre souvent de petites poches pleines d'eau dans le foie des animaux que l'on sacrifie. Mais les anciens ne faisant pas d'autopsie et bornant leurs recherches aux animaux domestiques, ne paraissent avoir eu aucune notion des kystes parasitaires du cerveau, ni même des collections aqueuses qui peuvent siéger dans cet organe. Il faut arriver à Wepfer, c'est-à-

dire vers la fin du xvii^e siècle, pour pouvoir mentionner l'existence de celle-ci. Il rapporte dans son fameux traité de « appoplexia » un cas qui semble se rattacher à ceux dont nous avons entrepris l'étude : « puer preceps in caput ceciderat ac postremo appoplexia enecatur. Detracta defuncti percute ex capite plurima effluxit aqua : circa temporales artérias hydatida reperta plurime, etc. » Mais les commentaires qui suivent cette observation montrent que Wepfer pas plus que ses contemporains ne se faisait une idée de la cause véritable de cette affection. La nature parasitaire de celle-ci fut cependant reconnue quelques années après par Hartmann, qui fit paraître dans les annales des curieux de la nature (année 1686, an IV, 2 décembre, obs. 83) la relation de l'ouverture qu'il fit du corps d'une brebis présentant des hydatides nombreuses du péritoine et de l'épiploon. Il reconnut dans les kystes la présence de vers annelés : « Isto ipso extrorsum particulam adegì quæ infectam lumbrici teretem caudam offeret ; atque videbar mihi videre qualem, etc. ».

Les travaux de Rossi, ceux de Malpighi confirmèrent les vues de Hartmann. Plus tard, Audry, dans un traité des vers, essaya de démontrer que l'enveloppe dont les parasites s'entourent était dûe à ceux-ci qui la tissaient en quelque sorte comme le ver à soie tisse son cocon. Il appela ces parasistes du cerveau vers encéphales. Pallas démontra que ces vers provenaient du *toenia*, idée que Zéder et Rudolphi confirmèrent par leurs nouvelles recherches (1801).

En 1808 Laënnec fit paraître sur la même question un important mémoire où il divisa les kystes en céphalocystes (avec vers) et acéphalocystes (sans vers). Bien que cette

dernière variété ne soit qu'une modification pathologique, une sorte de dégénérescence de la même espèce, elle mérite d'être conservée au point de vue anatomopathologique. Aran dans son excellent travail paru en 1883 dans les archives générales de médecine, essaya d'apporter un peu d'ordre dans cette question et s'efforça d'éclairer la pathogénie et la symptomatologie si obscure de cette affection sans y parvenir complètement. Depuis le commencement de ce siècle une foule d'articles ont été consacrés aux kystes hydatiques du cerveau dans les dictionnaires et les encyclopédies de médecine publiées en France ou à l'étranger, dans les traités de pathologie interne. Des mémoires importants ont été écrits sur ce sujet, notamment et pour ne citer que les plus récents, ceux de Dougty et de Steffen, l'un dans l'*American journal of medical science* de 1890, l'autre dans le *Iahrbuch für Kinderheilkunde* de 1886. De nombreuses observations ont relaté des faits intéressants que nous aurons lieu d'utiliser plus loin. Nous avons encore trouvé des renseignements précieux dans les comptes-rendus des sociétés savantes et des congrès scientifiques.

PATHOGÉNIE.

Depuis longtemps, la nature parasitaire de ces kystes a été mise hors de conteste par l'emploi du microscope. Celui-ci a permis même de reconnaître que l'agent morbide n'est point toujours le même, et qu'à côté du cysticerque le plus fréquent, on pouvait rencontrer le *tœnia à échinocoque* et le *tœnia coenurus* dont on ne possède guère que deux ou trois exemples. Mais comment ces vers sont-ils arrivés jusqu'au cerveau ? Par le torrent circulatoire, certainement comme cela a lieu pour les muscles et le foie. On comprend mieux la localisation hépatique, car le parasite n'a pas ici à traverser les capillaires pulmonaires. Mais, bien que peu compréhensible, la chose se fait et non seulement le cerveau, mais d'autres organes peuvent s'infecter de cette manière. Ce point admis, on ignore complètement pourquoi tel point du cerveau plutôt que tel autre est envahi par les parasites dans un cas donné ! Il semble que le hasard d'une circulation locale plus active en certains points, au moment de l'arrivée des parasites, soit la cause déterminante.

Quoi qu'il en soit, peut-être à cause de leurs différences de grosseur, les cysticerques se rencontrent surtout à la surface de l'écorce cérébrale et les kystes hydatiques à la base ou dans l'intérieur des hémisphères.

L'âge n'a rien à voir dans la pathogénie de cette affection, ce qu'il était facile à prévoir *a priori*, et il en est de même du sexe.

Il ne paraît pas en être tout de même du genre d'alimentation, la viande saignante dont abuseraient certaines gens y prédisposerait en permettant au parasite d'éviter une cuisson d'une intensité mortelle (cas du charcutier).

Enfin on a encore invoqué l'influence des traumatismes crâniens (Arañ). Il est bien probable qu'il ne s'est agi le plus souvent que de simples coïncidences ; cependant on ne peut pas nier que le traumatisme, en amenant des stases et des dilatations vasculaires, ne puisse favoriser l'établissement des entozoaires en ce point spécial de l'organisme, s'ils existaient déjà dans le torrent circulatoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous n'insisterons pas sur la structure des kystes parasitaires du cerveau, sur la description des vers qu'ils contiennent. Rappelons seulement qu'ici comme partout on trouve : 1° une membrane adventice celluleuse produite par la réaction inflammatoire des parties ambiantes; 2° une membrane d'apparence anhyste analogue à de l'albumine cuite et qu'on appelle membrane proliférante; 3° une couche de liquide séreux, transparent, pauvre en albumine et riche en chlorure de sodium; 4° des vésicules contenant des vers tantôt analogues à l'embryon du ténia solium (cysticerque) tantôt au ténia échinocoque du chien, tantôt au ténia cœnurus du mouton, mais comme nous l'avons dit à l'étiologie cette variété de parasites est très rare dans le cerveau puisqu'on n'en possède que trois exemples plus ou moins authentiques. Mais comme l'avaient remarqué Laënnec et Aran, les parasites pour une raison ou pour une autre peuvent manquer et alors on donne à ces kystes infertiles le nom d'acépholocystes.

Beaucoup plus importantes sont les particularités suivantes :

1° Le siège du kyste. Les kystes dus à des entozovaires peuvent siéger dans n'importe quel point du cerveau, dans la profondeur, à la superficie, en avant ou en arrière, près de la concavité ou au contraire sur la base des hémisphères et en effet leur mécanisme de production est tel qu'il n'y a aucune raison pour qu'il y ait localisation en un point quelconque du cerveau. Si l'on parcourt les relations d'autopsies où l'on a constaté l'existence du kyste hydatidique dans la boîte crânienne, on pourra s'assurer facilement de l'exactitude de ce que nous venons d'avancer. Et cependant bien que les exceptions soient nombreuses, on peut dire qu'il y a des tendances suivant la nature du kyste à siéger dans un endroit plutôt que dans un autre. Ainsi on a remarqué que les kystes à échinocoque siègent surtout dans la profondeur, les kystes à cystecerques se retrouvent au contraire le plus souvent à la surface de l'organe. Les ventricules sont assez rarement envahis et le plus souvent l'envahissement semble secondaire. On ne rencontre pas souvent ces tumeurs entre les méninges et le cerveau.

Volume. — Le volume est tout aussi important à considérer que le siège. En effet, la symptomatologie est en partie commandée par la grosseur du kyste, les phénomènes de compression variant suivant le degré de développement de celui-ci. Malheureusement les auteurs ne nous donnent pas toujours des renseignements suffisants sur ce point. Ce qu'on peut dire cependant, c'est qu'ils dépassent rarement le volume d'une orange. On en trouve de beaucoup plus petits,

gros tout au plus comme une noisette, et les intermédiaires sont nombreux entre ces deux termes extrêmes de comparaison, il y a des collections enkystées grosses comme une noix, un œuf de pigeon, un œuf de dinde, un œuf de poule. Nous avons comme dimension extrême que peuvent atteindre parfois ces tumeurs, un cas de Dunning où le volume dépassait le poing d'un adulte.

ÉTAT DU CERVEAU ET DES MÉNINGES.

Lorsque le kyste existe à la surface cérébrale, il se creuse dans cet organe par refoulement de la substance nerveuse, une sorte de cavité, parfois très profonde, dans laquelle la tumeur liquide s'enchatonne en quelque sorte. L'altération et l'atrophie du cerveau ainsi refoulé est moins considérable que l'on pourrait s'y attendre, parfois même elle est insignifiante lorsque le kyste n'est pas trop volumineux. Les adhérences du cerveau avec la tumeur sont faibles et rien n'est plus facile que de les séparer. Souvent même cette séparation s'effectue d'elle-même pendant l'ablation du cerveau hors de la boîte crânienne. Les kystes développés dans les méninges sont peu profonds, mais très larges.

Les kystes les plus volumineux, ceux qui amènent les perturbations anatomiques les plus graves sont ceux de la substance blanche. Ils font disparaître par atrophie et désintégration graisseuse les parties qui les entourent et qui finissent par arriver à une minceur extrême. Ainsi, dans le cas de Steffen, le kyste faisait herme sur le plafond du ventricule gauche, il avait refoulé et atrophié une grande

partie de la substance blanche de l'hémisphère gauche et n'était plus séparé des méninges que par une mince couche de substance nerveuse. Dans le cas de Harrington, si intéressant encore à d'autres points de vue, l'hémisphère gauche s'affaissa comme un sac vide lorsqu'on incisa le kyste, les circonvolutions étaient aplaties et atrophiées et la substance grise amincie présentait une teinte jaunâtre caractéristique. Quant à la substance blanche, elle ne semblait plus exister, les ventricules latéraux étaient énormément distendus, le corps opto-strié gauche était manifestement plus petit que celui du côté opposé.

Lorsque les kystes semblent se développer primitivement dans les ventricules, leur accroissement paraît plus rapide et plus considérable et ils amènent les parties avoisinantes à leur constituer une simple coque parfois fort mince. L'épendyme irrité par ce kyste secrète un liquide abondant qui contribue encore à refouler la substance nerveuse contre la voûte du crâne.

Lorsque la tumeur occupe la base du cerveau, elle peut comprimer, aplatir, dissocier les nerfs qui partent de la face inférieure de l'encéphale.

Les méninges sont le plus souvent saines quand le kyste n'a pas subi de transformation.

Celles-ci peuvent être fort diverses. Dans un processus qu'on pourrait appeler de guérison les vers vésiculaires succombent, le liquide se résorbe, le kyste s'affaisse, se plisse, souvent se créifie et l'on ne pourrait reconnaître l'existence d'un kyste hydatique antérieur, si l'on n'avait pas pour se guider la persistance de la membrane proli-fronte, reconnaissable à sa couleur et à son aspect d'albu-

mine cuite. On a signalé quelques cas de guérison spontanée de ce genre qui ont été reconnus à l'autopsie.

Mais d'autres fois sous l'influence d'un coup ou même sans cause appréciable, le kyste s'enflamme et à l'ouverture du cadavre on le trouve plein d'un liquide louche qui n'est autre chose que du pus mélangé à de la fibrine et à un liquide séreux. Les méninges sont atteintes des lésions ordinaires de la méningite septique.

Citons enfin, pour terminer ce chapitre d'anatomie pathologique l'usure fréquente des parois crâniennes. Quand le kyste est superficiel, l'os s'amincit, se laisse refouler et il en résulte comme dans le cas de Mudd la formation d'une tumeur qui est d'un grand secours non seulement pour le diagnostic mais encore pour le traitement.

SYMPTOMATOLOGIE.

Parmi les nombreux cas de kystes hydatiques du cerveau que nous avons réunis, plusieurs paraissent avoir été de simples trouvailles d'autopsie. Pendant la vie du malade aucun symptôme ne s'était produit qui fut digne d'attention. Cette absence de réaction morbide, quelque surprenante qu'elle soit, peut s'expliquer par la situation de la tumeur dans une zone dite tolérante, par son volume médiocre, par son développement graduel et lent. Le plus souvent l'affection se révèle par des symptômes nerveux assez sérieux, mais qui ne présentent malheureusement rien de bien uniforme ni de bien spécifique. Et cela est facile à comprendre, car la symptomatologie dans les affections nerveuses est commandée par la topographie des lésions, non par leur nature.

Les phénomènes ne diffèrent pas de ceux qu'on rencontre dans n'importe quelle tumeur cérébrale. C'est ainsi qu'on a des symptômes diffus et des symptômes en foyer, les premiers apparaissent indépendamment de la situation de la tumeur et n'indiquent que la souffrance générale du cerveau

tandis que les phénomènes en foyer sont étroitement liés au siège de l'affection.

Parmi les symptômes diffus notons l'existence d'une céphalalgie le plus souvent très tenace et parfois très intense. Généralement elle est paroxystique. Très marquée à une certaine période, elle s'atténue à d'autres moments. Elle peut être localisée à un endroit déterminé de la boîte crânienne. Une petite malade dont nous rapportons l'histoire avait à certains instants de la journée une douleur de tête si violente qu'elle était forcée d'interrompre ses jeux.

Les malades se plaignent en général de vague cérébral, d'un état vertigineux qui les fatiguent beaucoup. On note souvent l'existence de vomissements manifestement d'origine cérébrale, car ils se produisent sans nausées, sans efforts et sans rapport aucun avec la digestion. La mémoire s'amoindrit, l'intelligence devient paresseuse, parfois elle s'affaiblit à un tel point que le sujet est atteint de démence. Il peut, par contre, y avoir à certains moments, sans que l'époque en soit nettement fixée, des crises d'excitation qui font croire à la manie. Les crises épileptiformes ont été signalées tout comme dans le cours des autres tumeurs cérébrales et les phénomènes tantôt simulent l'épilepsie vraie, tantôt et plus souvent l'épilepsie jaksonnienne. Ces crises sont très funestes à la santé morale et physique de l'individu.

Les signes en foyer sont la monoplégie, l'hémiplégie, la parésie faciale, suivies de convulsions et de contractures dans les groupes musculaires atteints.

La marche est en général assez rapide et dépasse rarement 2 ans, cependant on a vu des cas qui ont duré beau-

coup plus long temps, 10 ans, par exemple (cas d'Harrington).
Il y a souvent des rémissions suivies de rechutes, rarement
l'affection a une évolution nettement et continuellement
progressive.

DIAGNOSTIC.

Tous les auteurs qui ont parlé des kystes hydatiques du cerveau ont fait ressortir les difficultés considérables que présente le diagnostic. Bouchut va jusqu'à dire qu'il est impossible de reconnaître du vivant du malade la véritable nature de l'affection. C'est là une opinion un peu exagérée, si on veut l'appliquer à tous les cas, mais on peut constater que bien souvent elle n'est que trop juste. Et, en effet, en faisant abstraction des cas peu nombreux qui ne se révèlent par aucun symptôme à l'attention de l'observateur, il faut bien avouer que les phénomènes morbides, quand ils existent, sont loin d'appartenir en propre aux kystes hydatiques du cerveau. Beaucoup se rencontrent également dans un grand nombre d'affections cérébrales : quelques-uns sont plus pathogmoniques et indiquent assez nettement une compression cérébrale, mais on peut les retrouver dans la symptomatologie de n'importe quelle tumeur de l'organe. C'est plutôt sur le groupement particulier des symptômes, leur degré d'intensité, leur allure, leur marche, l'âge du sujet (quand celui-ci est très jeune et

qu'on penche nettement en faveur d'une tumeur cérébrale), certains anamnétiques, tels que cohabitation avec des chiens, l'état général que l'on se basera non pas pour certifier, mais du moins pour soupçonner la cause des accidents. Il est certain cependant que si l'on trouvait des kystes hydatiques dans d'autres points de l'écononine, la présomption deviendrait très forte en faveur d'une origine parasitaire de la tumeur.

Abordons maintenant l'étude des cas qui peuvent paraître tout particulièrement intéressants.

Un des symptômes de la maladie, le délire par exemple, peut prendre tellement d'importance qu'on croit à l'existence d'une affection mentale, surtout s'il y avait quelques antécédents héréditaires ou personnels suspects; or, comme on le sait, les tares de ce genre sont très fréquentes. Nous pouvons en citer plusieurs exemples, notamment celui d'Harrington. Parfois, quand l'excitation est grande, on pourrait penser à la manie, mais le plus souvent l'affaiblissement de l'intelligence et l'existence de quelques phénomènes parétiques, par exemple l'incoordination des mouvements de la langue fera plutôt songer à la paralysie générale. Il y a un certain nombre d'erreurs de diagnostic de ce genre, mais la marche toute différente des accidents fait bientôt reconnaître cette erreur.

Le peu d'intensité des troubles morbides peut faire croire, surtout chez les femmes, qu'il s'agit simplement d'accidents névropathiques. Ici c'est également l'évolution du mal et l'apparition de quelques phénomènes propres aux tumeurs cérébrales, tels que céphalalgie localisée, vertige, crises épileptiformes, parésie dans certains membres,

ou du moins certains groupes musculaires qui permettent de reconnaître que la nature de la maladie est beaucoup plus sérieuse.

Dans un cas de Lombroso, le malade ne présentait guère que des crises épileptiques, ce qui fit songer pendant quelque temps au mal comitial.

L'âge aussi cause des incertitudes : lorsque le sujet est très jeune, qu'il a par exemple cinq à six ans, on penchera beaucoup plus volontiers vers la méningite tuberculeuse proprement dite ou vers les tubercules du cerveau. Quoiqu'il en soit, la marche plus lente du mal, sa moindre intensité, le groupement différent des phénomènes et surtout l'examen approfondi de l'état général, ainsi que du poumon, permettront de rejeter l'hypothèse d'affection du cerveau d'origine bacillaire.

Chez les vieillards, on pourra croire qu'il s'agit d'une démence sénile ou plutôt d'un ramollissement cérébral, et il est assez difficile d'éviter cette erreur, car les symptômes des deux affections se ressemblent beaucoup. Cependant, la marche des accidents est plus rapide dans le ramollissement et le malade arrive beaucoup plus vite à la démence.

Ces différentes fautes de diagnostic évitées et l'existence d'une tumeur cérébrale reconnue, reste à savoir la nature de celle-ci. Il faut bien l'avouer, c'est là où les difficultés sont peut-être le plus souvent insurmontables et qu'on est obligé de se ranger à l'avis de Bouchut. Supposons, en effet, qu'en outre des phénomènes diffus et des phénomènes en foyer indiquant l'existence d'une compression localisée on ait, ce qui est loin d'être la règle, une tumé-

faction partielle du crâne, comme dans le cas de Mudd, il reste encore à reconnaître quel est le genre de tumeur à laquelle on a à faire. On pourra songer, par exemple, à la syphilis. Cependant l'absence de commémoratifs, de signes actuels ou anciens de cette maladie, et surtout l'impuissance du traitement spécifique, forceront à rejeter cette idée.

On écartera aussi à la rigueur l'hypothèse d'une tumeur maligne à cause de l'intégrité de la santé générale, de la marche plus lente des accidents, de l'absence de douleurs pongitives. Cela n'est vrai que pour le sarcôme bien net ; le gliôme est beaucoup plus difficile à différencier. Du reste, maintenant que la chirurgie, appuyée sur la doctrine des localisations, tend de plus en plus à devenir interventionniste dans les cas de tumeurs, le diagnostic est moins nécessaire et peut se faire pendant la durée de l'opération.

PRONOSTIC.

La marche est presque fatalement mortelle, et en effet, même en admettant que la tumeur ne subisse pas cette transformation purulente dont nous avons parlé, elle fait courir au malade les plus grands dangers dès qu'elle atteint un certain volume. Or, le propre de ces kystes est de se développer et de grossir sans cesse tant qu'un obstacle sérieux n'est pas venu entraver leur fonctionnement et alors il survient les phénomènes si graves que nous avons décrits plus haut. Mais toutes les parties du cerveau ne présentent pas la même réaction et on peut noter pour les kystes hydatiques ce qui a été dit pour les tumeurs du cerveau en général.

Les régions qui paraissent le plus dangereuses sont la zone rolandique, les ventricules à cause de la compression du mésocéphale; la base du cerveau, à cause de la compression du bulbe et des nerfs crâniens. Au contraire, les régions postérieures sont relativement très tolérantes, surtout quand le développement du kyste est lent et progressif. Cependant, bien que les faits que nous avons rassem-

blés justifient complètement le pessimisme dont nous avons fait preuve, on ne doit point passer sous silence les guérissons spontanées.

Celles-ci peuvent s'effectuer de deux manières différentes.

Dans le cas de Moulinié, le kyste, après avoir usé les parois du crâne, se vida en dehors et l'épanchement ne se reproduisit pas.

Dans quelques cas rapportés surtout par les auteurs étrangers, les hydatides succombent pour une cause ou une autre, le liquide se résorbe et par suite tout phénomène de compression disparaît. Mais ces terminaisons favorables sont tout à fait exceptionnelles et si le pronostic semble devenir un peu moins sombre à l'heure actuelle, c'est parce que les progrès de la chirurgie et la doctrine des localisations cérébrales permettent de recourir avec plus de certitude qu'autrefois à l'opération du trépan.

TRAITEMENT.

Le traitement médical a été jusqu'ici à peu près seul employé. En outre de la médication dite symptomatique dirigée contre certains phénomènes, tels que la prostration, la céphalalgie, les parésies, on s'est proposé un but beaucoup plus ambitieux, celui de tuer les échinocoques et d'amener par cela même la résorption de la collection liquide au sein de laquelle nagent les parasites. On s'est adressé tour à tour au sel marin, au calomel (Lebert), à l'huile empyreumatique (Chabert), à l'iodure de potassium. Mais ces diverses substances n'ont amené aucun succès et la raison en est facile à trouver. Pour agir à dose utile et modifier profondément la crase sanguine, il faudrait user de doses tellement massives que l'organisme en serait très fortement incommodé. Il ne faut pas oublier que le kyste hydatique n'est qu'en rapport indirect avec la masse sanguine et qu'il se nourrit en pompant les sucs épanchés dans les tissus du voisinage ; l'action modificatrice ne peut donc se faire que quand ces sucs interstitiels sont gorgés de sucs médicamenteux. L'idée d'employer les anthelminthiques

tels que le kousso, la teinture de kamala, la décoction de Sagoia (Kœberlé) était assez rationnelle, mais on a subi les mêmes échecs qu'avec les remèdes précédents et probablement pour les mêmes raisons. Les médecins australiens n'ont jamais obtenu les moindres effets avec ces substances et leur avis est d'autant plus autorisé que les kystes hydatiques sont fréquents dans le pays où ils exercent (voir traitement des kystes hydatiques, *Australian medical Journal* de 1890).

M. Lancereaux a proposé l'emploi de l'iode et de l'arsenic, c'est là une idée qui n'a pas encore reçu les confirmations de l'expérience.

Reste par conséquent le traitement chirurgical; nous n'hésitons pas à dire que, pour nous, c'est le traitement de choix, celui qui sera de plus en plus employé à l'avenir. Les brillants succès obtenus dans les cas de tumeurs cérébrales par la trépanation, notamment par M. Lucas Championnière, ont familiarisé les chirurgiens avec cette opération, qui présente des chances sérieuses de succès, depuis que l'antisepsie et la connaissance d'un certain nombre de localisations cérébrales permettent à l'opérateur d'aller droit au siège de la lésion, au lieu de tâtonner, et d'éviter l'infection septique que la malpropreté des instruments et des objets de pansement amenait presque toujours.

Il nous semble que l'opération du trépan est d'autant plus rationnelle que la tumeur est parfaitement délimitée, assez facile à énucléer, pas trop volumineuse ni trop profonde et que sa nature est essentiellement bénigne. C'est à l'énucléation qu'on aura recours chaque fois qu'on le pourra, c'est le véritable moyen d'en finir radicalement avec l'af-

fection. Malheureusement elle n'est pas toujours possible et dans deux cas que nous rapportons le kyste était si volumineux et si central qu'on a dû se contenter de ponctionner pour ne pas amener de lésions trop graves de l'hémisphère atteint. Ces ponctions ont parfaitement suffi du reste pour amener la guérison. Peut être pourrait-on songer à drainer, quoique le cerveau ne nous paraisse pas très favorable au drainage.

Le cerveau supporte beaucoup mieux qu'on pouvait le prévoir non seulement les incisions, mais encore des résections partielles assez étendues de sa propre substance, pourvu que la résection n'atteigne pas la zone rolandique. Ces ablations n'entravent en rien plus tard la vie intellectuelle et physique de l'individu. L'amélioration est très rapide à la suite de l'ablation des kystes hydatiques et la guérison s'effectue très vite sans complication aucune si on a pris les précautions nécessaires; parmi celles-ci il faut citer non seulement l'antisepsie qui est tout à fait indispensable, mais une compression assez énergique de la boîte crânienne au niveau de la perte de substance qu'on lui a fait subir pour éviter une hernie de la substance cérébrale (voir le cas très instructif de Mudd).

OBSERVATION DE BERNCASTLE.

*(Heydaliid Cysts of the Brain Honaurons and Death
The Lancet 1846, VI^e vol. p. 635.)*

John S. 10 ans; traité par moi depuis 1 an environ pour maux de tête et troubles visuels. Les phénomènes d'abord assez vagues prirent peu à peu l'aspect de l'amaurose, qui au bout de quelques mois devint complète, les pupilles étaient constamment dilatées, les douleurs fort vives se faisaient continuellement sentir dans la région postérieure de la tête, et aucun médicament ne put les soulager. Deux mois avant sa mort quelque chose se rompit intérieurement et il rendit beaucoup de matières par l'oreille gauche. Les douleurs en furent grandement soulagées pendant plusieurs semaines. Vers la fin l'enfant se cachetisa de plus en plus et succomba.

A l'autopsie, cerveau congestionné. A sa base existe une tumeur aqueuse à la face inférieure du lobe postérieur gauche; dégagé avec soin, son intérieur montra qu'il ne s'agissait que d'un kyste hydatique. Cette tumeur du volume d'une grosse orange s'était creusée une sorte de niche dans le cerveau sans y adhérer, la compression qu'elle exerçait sur les origines des nerfs optiques expliquait l'amaurose.

POTAIN. — *Bult. Soc, Anat., année 1862, p. 374-381.*

Femme arrivée à l'âge de 75 ans, vive et intelligente.

1860 Décembre. A la suite de chute : affaiblissement des jambes.

Mai 62. Marche impossible. — Membre sup. g. se prend à son tour. Léger strabisme externe de l'œil droit.

16 juin. Epanch. pleural à g. et dès lors alternatives d'amélioration et d'aggravation. Céphalalgie.

27. Résolution des membres complète. — Sensibilité intacte.

28. Contraction des muscles du cou.

1^{er} juillet. — Mort.

3 kystes.

Volume : une amande de noisette.

Siège : le 1^{er} en arrière de la scissure de Sylvius à droite ;

2^e sur une circonvol. du lobe frontal gauche ;

3^e dans le ventricule droit.

Les circonvol. ont un aspect normal.

Consistance générale du cerveau pas très ferme.

BRISTOWE. — *Hydatide Kyste of the Brain Lancet. vol. I, p. 699 ; pathological society of London, 6 mai 1873.*

Le Dr Bristowe montra une tumeur hydatique du cerveau provenant d'une jeune fille malade pendant 9 semaines ; aupa-

ravant santé parfaite. Elle se plaignait de vertiges, de diplopie, de vomissements ; ces symptômes s'accrurent graduellement. A son admission : connaissance parfaite, pas de paralysie des membres ; les sphincters fonctionnent normalement ; pas de shasbisme, un peu de paresse de la face à gauche ; déviation de la langue à droite ; ptosis de la paupière supérieure gauche. Dans les derniers jours quelques attaques épileptiformes, mort subite au milieu d'une de ces attaques survenue immédiatement après le déjeuner. L'hémisphère gauche contenait une cavité où se trouvait un kyste hydatique du volume d'une grosse orange ; le 4^e ventricule était dilaté par du liquide ; le 6^e et le 3^e nerfs se trouvaient un peu comprimés, d'où la parésie observée du vivant de la malade.

SEVESTRE. — *Bull. Soc. Anat.* 1875, p. 847-52.

Pâtissier, 24 ans, entré le 9 novembre.

15 octobre. Céphalalgie, qui a persisté. Quelques vomissements.

1^{er} novembre. Aggravation de ces symptômes après un surcroît de travail.

9 novembre. Céphalalgie plus intense à la région frontale. Malade anxieux, fuit la lumière, répond mal. Pouls 76. T. 38°.

10 novembre. Un vomissement.

11 novembre. Prostration plus marquée. Pouls 50. Deux vomissements.

12 novembre. Sensibilité obtuse. Contracture des muscles surtout à droite, moins marquée aux muscles de la face. Pupilles dilatées, réagissant peu à la lumière. Pouls 72. T. 40°, 2.

Autopsie. — Encéphale, recouvert d'une nappe de pus à sa surface.

Nombreuses poches kystiques suppurées à la surface de l'encéphale et à cheval sur une scissure.

Une hydatide fut trouvée intacte dans une poche non suppurée.

RENDU. — *Bull. Soc. Anat.* 1878, p. 581.

Femme 32 ans, entrée le 31 juillet 1878.

Apparence masculine par le développement du système pileux, l'atrophie des mamelles et des organes génitaux.

Symptômes. — Malaises mal définis, avec altération de l'intelligence. Somnolence.

Urines et selles involontaires.

A la base du cœur : double bruit de souffle râpeux se propageant vers l'aorte.

En septembre. Accidents méningitiques avec fièvre, pouls accéléré, raideur de la nuque, contraction des pupilles, sans paralysies ni convulsions.

Autopsie. — Arrêt de développements des organes génitaux profonds.

Cerveau. 1 gros kyste occupant la fosse frontale droite sous-méningée, ayant pénétré sous les circonvolutions inférieures du lobe frontal, réduit à sa partie antérieure à une mince lamelle encéphalique.

Cœur. 1 kyste dans la cloison interventriculaire et saillant dans les deux ventricules.

Rein droit. 2 kystes à la périphérie de la zone corticale.

LAURAND. — *Bull. Soc. Anat.* 1881, p. 369.

Henri P., 18 ans.

Céphalalgie atroce depuis 1 mois, avec exacerbation.

Depuis 3 jours, vomissements. Pouls 52. Pupilles inégales; à droite, rétrécissement très marqué. Pas de paralysie oculaire.

Ventre excavé, ni diarrhée, ni taches.

Raie méningétique très manifeste.

Rien aux membres, ni à la face, ni à la langue.

Pendant la nuit : subdélire. Mort sans convulsion.

1 kyste gros comme un petit œuf siégeant à la surface de l'hémisphère droit.

3 kystes dans le ventricule latéral dont la paroi est amaïncie.

1 kyste occupant tout le lobe occipital droit.

Cœur. 1 kyste sur la paroi interventriculaire, avec saillie dans le ventricule gauche.

OBSERVATION DE STEFFEN.

(*K. j. f. Kinderheilkunde*, vol. XX, 1883, p. 80).

Jeune fille de 10 ans entre à l'hôpital le 10 avril. Bonne santé antérieure. Intelligente, laborieuse, mais facile à émouvoir. Jouait avec un vieux chien de la maison. De temps en temps se plaignait de stupeur et de maux de tête avec sentiment de compression, souvent alors elle vomissait, puis survinrent des douleurs générales avec stupidité et incertitude de la marche. A son entrée, enfant bien développée, d'allure incertaine, réflexes affaiblis, légère paresse de la partie gauche de la face. Articulation des mots difficile, un peu de surdité, pupilles dilatées. Intelligence affaiblie. Elle se plaint vivement de ses maux de tête. Après manger vomissements habituels, rien à l'exploration physique de la poitrine.

Le 25 avril. Marche de plus en plus incertaine, pouls ralenti et irrégulier, pupilles dilatées et réagissant mal à la lumière, gonflement du bord papillaire; le lendemain les maux de tête s'exaspèrent et il survient de l'inquiétude et des grincements de dents, vomissements, urine involontaire.

Le 11 mai. Pupilles très dilatées et très paresseuses, pouls ralenti, irrégulier : convulsions dans les membres, coma et mort.

Autopsie le 12 mai. — Méninges injectées. L'hémisphère droit

paraît plus gros que le gauche. Dans l'hémisphère gauche, vers sa partie moyenne, on tombe sur un kyste contenant un liquide analogue à de l'albumine cuite qui, coupé, laisse couler un liquide clair contenant de nombreux particules gris-blanchâtres. Le kyste est situé sur le plafond du ventricule gauche, il n'est séparé des méninges que par une mince couche de substance nerveuse, corps opto-strié comprimé et atrophié, le ventricule gauche est dilaté et rempli de liquide. On n'a pas pu faire le diagnostic du vivant de la malade à cause de la rareté de la maladie et de l'absence d'échinocoques dans d'autres points de l'économie.

BABINSKI. — *Bull. Soc. Anat.*, 1883, p. 143.

Cherchemont, 36 ans, entré le 23 décembre 1882.

En 1877, coup de pied de cheval au niveau du pariétal gauche et depuis accès de céphalalgie peu intense.

En novembre 1882, deux attaques épileptiformes à quelques heures d'intervalle ayant laissé une légère paralysie du facial inférieur droit.

25 décembre. Douleur très vive aux régions sus-orbitaire et pariétale gauches, avec exacerbation.

15 janvier 1883. Ces douleurs se calment un peu. Engourdissement dans la partie droite du cou et le membre supérieur. Un peu d'aphasie. Gêne très prononcée de la déglutition.

8 février. Quatre violentes attaques épileptiformes.

10 février. Nouvelle attaque. Affaiblissement plus marqué du côté droit avec raideur du bras droit. Prostration.

29 février. Mort.

Autopsie. — Une poche hydatique occupe le centre ovale, en

dehors de la couche opto-striée, très voisine en haut des centres psycho-moteurs.

Les circonvolutions du lobe pariétal gauche sont aplaties, légèrement jaunâtres.

HARVEY RECED. — *Hydatid tumor of the Brain.* (*The journal of the american. med. ass.*, vol. V, n° 1, 4 juillet 1885.)

OBS. I.

Homme, 46 ans, fortement constitué.

En 1880, fatigue physique et intellectuelle, puis vertiges qui se répètent au point d'entraver la marche. Bientôt après, vomissements et tendance de la tête à se porter en arrière. Terminaison par somnolence progressive et coma final.

Autopsie. — Kyste hydatique situé dans le ventricule latéral et entouré d'une zone de ramollissement avec suppuration.

OBS. II.

Homme, 21 ans. Début par une toux opiniâtre et quinteuse avec parésie du bras droit, puis douleurs du côté gauche de la tête. Bientôt diplopie et troubles de la vue, et finalement crises dyspnéiques aboutissant à l'asphyxie.

Autopsie. — Gros kyste hydatique localisé dans le ventricule latéral gauche et comprimant le cervelet.

PARONA, — *Turin, 1885.*

Jeune femme, prise pendant l'hiver 1882 de malaises abdominaux avec diarrhée, vomissements, angoisse épigastrique.

En mars 1883, sans cause apparente, embarras de la parole, affaiblissement des membres. En août, attaques soudaines, débutant par une douleur vive à la jambe gauche qui devient anesthésique, puis se complétant par une hémiplégie totale avec aphasie. Les jours suivants, les accès convulsifs alternent avec la paralysie.

La malade ayant rendu une masse d'helminthes, parmi lesquelles on reconnut un bothriocéphale et un *tœnia solium*, une amélioration rapide se produisit, les crises épileptiques disparurent.

L'aphasie et l'hémiplégie s'amendèrent à leur tour.

En avril 1884, retour complet de l'aphasie et de l'hémiplégie, puis affaiblissement graduel de l'intelligence, paralysie vésicale et mort dans le coma.

Autopsie. — Etroitement adhérents, on trouve à la surface des circonvolutions une grande quantité de kystes variant de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un petit pois.

Au niveau de la scissure sylvienne gauche, on trouve dans l'insula de Reil un corpuscule vésiculeux, qui est un cysticerque ; deux autres au niveau de la corne postérieure du ventricule latéral droit et au voisinage du pédoncule cérébral droit.

LEMAISTRE. — *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, n° 7, 1887.

B., 49 ans. Mort le 2 avril 1887, après deux ans de maladie marquée par douleurs, crises d'épilepsie jaksonnienne, torpeur, parésie des membres.

- Autopsie.*—Cysticerques
- 1° Au pied de la scissure de Rolando.
 - 2° Sur le bord de la scissure de Sylvius.
 - 3° Sur la substance grise des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.
 - 4° Sur la face interne de la tête du corps strié.

OBSERVATION D'ARMSTRONG.

British med. J. 1 vol., p. 643, mars 1888.

Coolie nommé Lonala Yenavado, âgé de 23 ans est envoyé comme criminel à la prison de Nellore dans les Indes. Le docteur Price le tient en observation et conclut à une demence chronique, les antécédents restant inconnus. Il se comporte comme un imbécile inoffensif à l'asile où on l'envoie. Il est atteint d'hémiplégie droite et incapable de rien raconter de lui-même. Il reste ainsi jusqu'au 9 octobre quand survint une série d'attaques épileptiformes subintrantes qui emportent le malade au bout de 5 jours. Traces de méningite à la base du cerveau, recouvert ainsi que le cervelet de petits kystes; les kystes existent à la coupe aussi bien dans les ventricules que dans la substance corticale, il en existait un dans la paroi du ventricule gauche, deux dans la paroi droite, les autres organes sains. Les kystes contenaient un petit vers qui, au microscope, fut prouvé être du *cysticercus cellulosæ*.

R. — Le cas est intéressant à cause de la rareté du *cysticercus cellulosæ* à Madras.

CAS DE VERCO. — (*Annales del cerculo medico Argentino*, 8^e, 1889).

Enfant de 11 ans, tout d'abord douleurs dans la région temporale droite, puis saillie de l'os à ce niveau, papille altérée mydriase, attaques de coma avec convulsions dans le bras gauche. Le malade était très affaibli au moment de l'opération. Après l'ablation du kyste il reste une large cavité. Le kyste était limité par une mince couche de substance cérébrale. L'enfant mourut de méningite purulente qui très probablement existait déjà avant l'opération.

RATCLIFF. — *Birmingham and midland branch of british ass.*
25 avril 1889.

Malade reçu en août 1889 et ayant eu trois attaques antérieures, précédées de céphalalgie et de douleurs abdominales avec perte de connaissance de 5 minutes. Pendant l'attaque, tenait les jambes tordues.

Après l'attaque, air hébété, parole embarrassée, pupille très dilatée avec névrite intense des nerfs optiques, strabisme intense de l'œil gauche; nausées; vomissement; parfois convulsions du bras gauche avec cri particulier.

Mort le 26 octobre 1889.

Autopsie. — 1 seul kyste.

Volume : une orange.

Siège : la plus grande partie du frontal droit. Substance grise amincie ; circonvolutions comprimées.

Ce kyste était facilement isolable et contenait un liquide clair dans lequel étaient de nombreuses hydatites.

LANCEREAUX. — *Union médicale*, 21 mai 1889.

Jeune homme de 28 ans, porteur de petites tumeurs légèrement mobiles et disséminées dans le tissu cellulaire sous-cutané.

En 1887, étourdissement et chute avec perte de connaissance (mouvements épileptiformes, sans aura, ni cri, ni écume à la bouche).

La même scène se répéta chaque mois pendant six mois. C'est à ce moment que le malade constata l'existence des petites tumeurs. La ponction d'une de ces tumeurs donna avec un liquide clair une tête de cysticerque.

Alors M. Lancereaux attribua les crises à la présence du même parasite dans le cerveau.

HARRINGTON DOUTY. — *The Lancet*, 10 juillet 1890.

Femme prise à 29 ans de troubles cérébraux caractérisés par de la torpeur intellectuelle, du manque de mémoire, une irasci-

bilité marquée; bientôt après, hésitation de la parole, mots oubliés ou transposés, puis hébétude croissante remplacée au bout de deux ans par une attaque de manie aiguë pour laquelle on fait entrer la malade à l'hôpital.

Au bout de quelques mois, la manie fit place à la démence : embarras croissant de la parole, faiblesse et incoordination du mouvement des jambes.

A la suite d'une attaque convulsive, les membres droits se paralysent graduellement puis se contracturent.

Un an plus tard (7 ans 1/2 après le début des accidents) surviennent des vomissements, des accès épileptiformes frustes.

Enfin, les membres gauches se paralysent à leur tour; les accès épileptiformes augmentent de fréquence et d'intensité; les vomissements se répètent, la démence devient complète et l'aphasie absolue.

Mort dans le coma avec respiration de Cheynes-Stoks.

Autopsie. — Kyste gros comme un pois, formé par cysticerque siégeant au niveau de la 1^{re} circonvolution gauche, dans la substance blanche sous-jacente à l'écorce.

Kystes dans le 4^e ventricule, légèrement adhérent à l'aqueduc de Sylvius.

Substance grise réduite à l'état de coque mince.

RABOT. — *Lyon médical*, 23 février 1890.

Garçon, 12 ans, premières crises épileptiformes à 3 ans.

En 1881, nouvelles crises moins violentes et moins fréquentes.

En 1889, céphalée, soulagée par les vomissements. Amblyo-

pie à droite. Après vomissements, tremblement assez marqué dans le bras droit. Sensibilité intacte.

2 mai 1889. Subitement, violente céphalgie frontale avec vomissements, tremblement involontaire de la jambe droite ayant duré peu de temps. Idées noires.

16 mai. De nouveau, vomissements et céphalgie. Station debout impossible.

7 octobre. Vue abolie à droite. Un peu de strabisme externe droit. Grande agitation.

16 octobre. Contractures toniques dans les membres. Céphalgie et vomissements. Pouls 100. Respiration normale. Hallucination de la vue. Le réflexe plantaire provoque de la trépidation épileptoïde dans les deux membres inférieures.

26 novembre. Sensation de coups de marteau dans la tête. Mouvements incessants de déglutition.

17 janvier 1890. Agitation, malaise, vomissements. T. 38.

19. Somnolence puis à 10 h. du matin, pendant une heure. crises épileptiformes.) à midi, avec dyspnée violente et mort.

Remarque. — En appliquant la main sur le crâne pendant que le malade parle, on perçoit l'augmentation des vibrations céphaliques.

Autopsie. — 1° Deux vésicules hydatiques tombent en enlevant le cerveau.

2° Kyste de 510 grammes à la partie supérieure et un peu postérieure du lobe droit.

3° Petit kyste sphérique à liquide clair, près de l'aqueduc de Sylvius.

Dans les kystes, on trouve des têtes d'échinocoques.

Ependyme épaissi. Substance cérébrale amincie et de consistance plus ferme.

PIAZZA MARTINI. — *Sicilia medica*, n° I, 89.

Autopsie. — Hémisphère droit : sur la face interne, 4 vésicules hydatiques, dont la plus grosse était du volume d'un pois.

1 dans le lobe occipital.

2 sur la face externe.

2 dans les circonvolutions fronto-pariétales et la substance grise avait disparu à leur niveau.

D'autres dans la scissure de Rolando.

Hémisphère gauche :

1 à la face externe de l'insula de Reil.

1 au côté interne de la circonvolution frontale inférieure.

1 dans le corps strié, du volume d'une noix et faisant saillie dans les ventricules latéraux.

Les substances grise et blanche étaient détruites en partie à ce niveau.

Pendant la vie, aucun symptôme.

DUCAMP. — *Progrès médical*, 12 septembre 1891.

Alexandrine D., 17 ans. Entre à l'hôpital le 22 juin 1889.

Début en mars 1889 par maux de tête et constipation. Le 22

juin : céphalalgie, vomissements, contipation. T. 38°. Pouls 80. Apathie intellectuelle. Parésie des membres, développée d'une façon progressive, plus accentuée à gauche et surtout au membre supérieur. Hémianesthésie gauche, moins la face.

Vision troublée, diminution de l'acuité visuelle des deux côtés, pas d'achromatopsie. A l'œil droit : léger abaissement de la paupière supérieure, strabisme externe, pupille dilatée. A l'ophtalmoscope on constate des deux côtés, surtout à gauche, que la pupille est tuméfiée, engorgée et offre tous les caractères de la névrite optique.

6 juillet : à droite, ptosis complet, muscle droit supérieur parésié.

13, paralysie de tous les muscles moteurs de l'œil droit, excepté le droit externe. L'état de la pupille n'a pas varié.

15, coma et mort, sans qu'il soit survenu dans le cours de la maladie d'autres modifications de la température et du pouls.

Ni convulsions, ni incontinence, ni albuminurie, ni glycosurie.

Autopsie : hémisphère droit plus volumineux que le gauche.

A la face externe du lobe sphénoïdal droit, entre les plis des circonvolutions qu'elle écarte, apparaît une saillie ayant l'aspect d'une poche remplie de liquide translucide.

Substance cérébrale saine et seulement refoulée.

BERGÉ. — *Bull. Soc. Anat.*, 22 mai 1892.

Homme 35 ans, entré à l'hôpital le 7 nov. 1890.

8 novembre. T. 40°. Face cyanosée. Dyspnée avec dépression épigastrique et contracture des muscles du cou. Toux fréquente. Abdomen ballonné. Battements du cœur tumultueux. Râles de bronchite aux deux bases. Grande quantité d'albumine dans les urines. Pas de céphalalgie.

le 9, T. matin 38°5 — soir 39°6. Même état.
le 10, — 38°5 — 40° —
le 11, — 39° — 39°2 —
le 12, — 39°2 — 39°8. Pouls 110. Resp. 48.
le 13, — 38°7 — 38°9
le 14, — 38°7 — 38°9. Mort.

Autopsie : une quinzaine de petits kystes à cysticerques à la surface du cerveau, dans les sillons.

10 kystes à la surface des poumons.

1 gros comme un petit pois à la pointe du cœur.

1 petit dans le lobe droit du foie.

PIERRE JANET. — *Arch. gén. de méd.*, octobre 1891.

Fille 14 ans 1/2, née d'un alcoolique et d'une névropathe. Ses règles cessent et elle éprouve une céphalalgie continuelle. Quelques jours après, pendant la nuit, délire sans convulsions. Puis somnolence et sommeil profond pendant quinze jours. Mieux d'une dizaine de jours, et la malade retombe dans le même état. Vomissements.

Entrée le 4 août dans le service de M. Hanot.

Elle se plaint de douleurs dans le genou gauche. La jambe et le bras droit présentent des tremblements dans les mouvements volontaires. A la face spasmes intermittents. Respiration de Cheynes-Stoks. Reflexes normaux. Mémoire conservée sous toutes ses formes. Difficulté de fixer son attention.

12 août. Vomissements. Temp. passe de 38 à 40°, le pouls de 80 à 60. La somnolence augmente. La malade prononce à peine quelques mots.

19 août. Temp. 38°,8. Pouls 70. Vomissements s'arrêtent ; amélioration apparente. Bientôt évacuations alvines.

29 août. Légères convulsions des bras et mort.

Autopsie. — Kyste au niveau du lobe temporel gauche et autour les circonvolutions sont ramollies.

Le liquide du kyste est séreux, jaunâtre.

Au minoscope, on y troupe de petits corpuscules entourés d'une membrane d'enveloppe munie d'un protoplasme granuleux et de couleur jaunâtre, analogue aux œufs de certains helminthes.

CAS DU DOCTEUR CASTRO, BUENOS-AYRES (voir *Amer. Journal of med.*, S. 1892.)

Enfant de 14 ans, présentant des symptômes de compression de la zone rolandique, c'est-à-dire de l'atrophie et de la paralysie des membres du côté droit; douleurs violentes dans la moitié gauche de la tête. On trouva dans la région temporale gauche deux kystes, l'un de la valeur d'une noix, l'autre gros comme un œuf de poule. Le malade succomba à un méningite de la base.

OBSERVATION DE MUDD.

Gonflement de la région rolandique, hémiparésie avec tremblement; hémianopsie gauche, papille altérée, ablation d'un kyste à échinocoques, hernie du cerveau avec hyperthermie, disparition de ces deux symptômes après compression, guérison complète.
— *American Journal of med. sc.*, avril 1892.

D. A., jeune fille bien bâtie, vigoureuse jusqu'ici, âgée de 12 ans, se présente elle-même à l'hôpital Saint-Luc pour se faire soigner. Ses parents disent qu'elle s'est toujours bien portée, qu'elle est tenace et un peu irascible. La maladie a commencé, vers la fin de juillet 1890, par des maux de tête généralisés ayant duré plusieurs semaines. Elle s'arrêtait pendant quelque temps de jouer, puis quand la douleur était moins forte recommençait. Elle a dû rester des jours entiers au lit pour ses maux de tête. Au mois d'octobre suivant, légère tuméfaction du crâne vers l'oreille droite où la céphalalgie est surtout marquée. La tumeur était réductible par pression. Les membres du côté gauche furent atteints de parésie et de tremblement et il y eut de la déviation de la hanche à droite. La marche est maintenant plus facile que l'hiver dernier et la contracture moins marquée dans la jambe.

Etat actuel. — La malade a conservé son intelligence, contracture, tremblement, tête un peu déviée à droite, pas de tré-

mulation dans le domaine du facial inférieur. Il existe nettement une hémiparésie d'origine cérébrale. Pupilles réagissent bien à la lumière, accommodation bonne, hémianopsie gauche. Audition et olfaction normales, pas de troubles gastriques ni de vertiges, ni de maux de tête depuis le mois d'août. Tumeur au-dessus de l'oreille droite, faisant sur le reste de l'os une saillie d'un demi-pouce. Cuir chevelu d'apparence normale. La tumeur a 3 cent. de haut sur 5 cent. de large, elle correspond manifestement à la circonvolution pariétale ascendante et les symptômes montrent que la zone rolandique est comprimée. Le docteur Sihoplergh, ne trouve pas d'altération fonctionnelle dans l'audition. Le docteur Past, oculiste, trouve de la névrite du nerf optique ; la vision de l'œil droit est $\frac{14}{XVI}$ et de l'œil gauche $\frac{14}{XVI}$ mais beaucoup plus prompte et distincte. Le 20 mars 1891, on opère avec les précautions antiseptiques habituelles, on rabat un lambeau cutané périostique, on incise le crâne avec un ciseau, l'os élastique ne voulant pas se fracturer, la dure-mère est séparée de cet os avec lequel elle adhérait ; on incise la dure-mère fluctuante et il s'écoule un liquide clair, abondant, et il s'échappe un kyste affaissé. Par l'ouverture agrandie, on ôte ainsi plusieurs kystes et on tombe sur une membrane transparente qui semblait appartenir à une autre collection liquide mais qui devait être l'épendyme du ventricule gauche. Il s'échappa beaucoup de liquide et l'écoulement continua 17 jours. On nettoya l'excavation cérébrale laissée par les kystes crevés. Avec une curette on ôta les débris de vésicules. L'excavation, très profonde, avait le volume d'un œuf de poule, cette cavité semblait occuper la plus grande partie de la zone rolandique dont les circonvolutions paraissaient affaissées. Drain de gaze antiseptique ; légère compression. Suites normales, pas de traces d'inflammation. Soudure de la dure-mère et du périoste à la peau. Jusqu'au 23, état satisfaisant, mais à cette époque, démangeaisons, vomissements, tremblement dans le bras, plus d'écoulement par le drain, pas de pus ; le 25 avril on rouvre à cause du gonflement de la ré-

gion, c'était une hernie cérébrale qui était passée par l'ouverture du crâne ; la ponction ne donne rien, on referme la plaie et on exerce une pression énergique, cette intervention fit disparaître la fièvre et les tremblements. Quelques jours après la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

R. — La malade avait surtout à la campagne comme compagnon de jeu un chien avec lequel elle jouait une grande partie de la journée.

*Traitement d'un cas d'affaiblissement graduel de la vue
par la trépanation.*

Un malade avait été hospitalisé avec le diagnostic d'une tumeur cérébrale. M. Guttmann, médecin oculiste traitant, attribuait ces accidents à la présence d'un cysticerque. Le malade âgé de 30 ans, qui avait toujours joui d'une excellente santé, ne présentait aucune tare syphilitique ou autre, mais était buveur. Voilà quel est son état actuel, la langue tirée, dévie un peu vers la gauche, l'odorat est sensiblement émoussé, l'oreille gauche est le siège de bourdonnements intenses; le sujet se plaint aussi de fortes douleurs de tête et d'un affaiblissement de la mémoire. Depuis novembre dernier, la vision est complètement abolie à gauche, l'œil droit est graduellement atteint au point que l'acuité visuelle y est ramenée au tiers de l'état normal.

Diagnostic. — Cysticerque dans le lobe frontal gauche, atteinte du lobe temporal de la région motrice et du lobe postérieur. Etant donné l'existence de symptômes de compression cérébrale, on se résout à intervenir. On découvre sur un espace de quatre cen-

timètres carrés, la région latérale droite de l'os frontal lequel est trépané. Le cerveau mis à nu, on trouve une distension considérable de la dure-mère, mais aucune trace de tumeur. On incise la dure-mère et il se produit aussitôt une saillie de la matière cérébrale que l'on dut réséquer en présence de tentatives de réduction demeurées sans résultat. Le cerveau sortit à nouveau par l'ouverture faite par le trépan, on conclut qu'il existait dans le ventricule et produisant cette énorme pression, un épanchement considérable qu'il fallait extraire par ponction. On obtint à l'aide d'un long trocart 100 grammes d'une sérosité absolument limpide. Aussitôt, la saillie du cerveau se réduisit et tout symptôme de tension disparut : l'opération se termina par un pansement approprié et la guérison fut très heureusement obtenue. Le sujet recouvrait rapidement la mémoire et ses facultés intellectuelles et l'acuité visuelle de son œil droit s'accrut jusqu'à devenir moitié de l'état normal, circonstance qui lui permit de reprendre ses occupations. Il n'a pas été publié de cas où il été fait de ponction pour des accidents de ce genre; quant à l'origine de cet épanchement, des recherches postérieures démontreront si réellement elle doit être attribuée à la présence du cysticerque.

OBSERVATION INÉDITE. — *Recueillie à l'hôpital Laënnec dans le service de M. le Dr Landouzy due à l'obligeance de M. Thérèse.*

Jeune fille 15 ans, couturière, entrée à l'hôpital le 1^{er} mai 1892.

Antécédents héréditaires. — Père mort phtisique en 1890 après deux ans de maladie. Mère bien portante. 7 frères et sœurs dont trois seulement sont vivants ; les quatre autres sont morts de méningite à 15 ans, 8 ans, 18 mois, 9 mois.

Antécédents personnels. — S'est toujours plainte de céphalée, surtout depuis un mois. Depuis trois ans, les exacerbations de céphalalgie coïncident avec des attaques épileptiformes (la malade tombe, présente un peu d'écume à la bouche, se débat, mais ne se mord pas la langue et ne crie pas.)

Coqueluche à 4 ans.

Varioloïde à 8 ans.

Pas encore réglée, mais pertes blanches abondantes.

Maladie actuelle. — La malade ne peut se lever depuis quatre jours, car elle éprouve une céphalalgie violente, des vertiges, des éblouissements qui l'empêchent de se tenir debout. Puis sont survenus des vomissements fréquents composés de bile et d'aliments ou de boissons qu'on lui faisait absorber. En même temps, fortes coliques, aujourd'hui passées.

1^{er} mars. — Douleur de tête, surtout à la nuque avec irradiation dans tout le dos et la région lombaire. La malade, couchée en chien de fusil, est immobile, la tête légèrement renversée en

arrière, les yeux fermés et cachés. Indifférente à tout ce qui l'entoure, elle laisse échapper quelques gémissements (Oh ! ma tête).

Face pâle, langue blanche et humide, rouge sur les bords et à la pointe, pas d'appétit. Constipation opiniâtre.

Ventre en bateau, sonore à la percussion, pas douloureux à la pression, gargouillements surtout à gauche. Ligne brune au milieu du ventre.

Rétention d'urine ; on sonde la malade régulièrement.

Yeux larmoyants, pupilles régulières.

Réflexes du genou, du poignet, du coude abolis. Un peu d'hyperesthésie.

Pas de convulsions, pas de délire. Pouls lent. T. 41°.

2 mars. T. matin 40°, soir 37°8.

Dès lors la température oscille entre 37° et 37°5 et le pouls reste lent.

Le 5 mars, les vomissements cessent et la rétention d'urine cède.

Le 9, première apparition des règles ; le pouls présente des intermittences.

Le 12, diarrhée, exaspération de la céphalalgie.

Le 18, les souffrances redoublent, coma et mort à 8 h. du soir.

Autopsie :

Cerveau. — A l'ouverture de la boîte crânienne, le cerveau paraît volumineux, renflé à la partie postérieure. En un point situé sur la convexité du lobe gauche, il semble y avoir une collection liquide sous une mince couche de substance cérébrale : la ponction avec une pipette donne un liquide clair. En soulevant l'encéphale, on produit une déchirure au niveau du prolongement occipital à gauche : il s'en échappe des hydatides volumineuses. Il en existe également le long de la scissure de Sylvius à droite : l'une fait saillie à ce niveau.

A la coupe, on constate qu'il existe dans la corne occipitale gauche plusieurs vésicules dont la grosseur varie de celle d'un

œuf de pigeon à celle d'une noisette, dans la corne droite, une vésicule grosse comme un œuf de poule, dans la région frontale droite, en pleine substance blanche, 4 de différents volumes, 2 petites dans la région frontale gauche, une grosse comme une noisette dans la substance grise de la frontale ascendante, à la partie supérieure.

Rien dans les ventricules, ni dans la région des noyaux gris centraux, ni dans la moelle.

Cœur. — A la pointe du ventricule gauche, kyste multiloculaire développé sous l'endocarde et qui, à côté d'une hydatide transparente, présente des poches épaisses et vides.

Rate. — Kyste de la grosseur d'un œuf de dinde sur la face interne de la rate, et un du volume d'une noisette sur le bord de l'organe.

CONCLUSIONS.

1° Les kystes hydatiques du cerveau les plus nombreux appartiennent à la variété cysticerque. Les moins fréquents sont ceux du *cœnurus*.

2° Les cysticerques siègent de préférence à la surface du cerveau, les échinocoques dans l'épaisseur même de la substance cérébrale.

3° Les symptômes que détermine leur présence sont ceux de toute tumeur cérébrale. Cependant l'intermittence des accidents, l'absence de paralysie franche et en général de toute réaction fébrile militent en leur faveur.

4° Malgré quelques exemples, on ne devra pas compter sur leur guérison spontanée, car le pronostic est presque toujours fatal.

5° La trépanation est indiquée et après cette intervention il faudra comprimer la boîte crânienne au niveau de la plaie pour éviter la hernie du cerveau.

Vu :

Le Président,

STRAUS.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Auteurs français.

ANDRY. — Traité de la génération des vers, t. II. p. 67.

1741.

LAËNNEC. — Mémoire sur les vers vésiculaires, 1804.

CALMEIL. — Obs. de cyst. dans l'encéphale. J. hebd. de médecine, Paris, 1828.

MARTINEAU. — Rev. méd., 1824.

DANGELLY. — Cyst. trouvés à la surface du cerveau. Clin. des hopitaux, 1829.

CHOISY. — Kyst. hyd. intra-crâniens. Soc. anal. Paris, 1833.

GUÉRAD. — Bul. de la Société anat.

CHOMEL. — Gaz. des hôpit., 1836.

MOULINIÉ. — Gaz. des hôp., 1836.

BECQUEREL. — Kyst. hyd. du cerveau. Gaz. médic. de Paris, 1837.

NIVET. — Cyst. lad. du cerveau. Arch. gén. de méd., 1839.

BOUVIER. — Bulletin de l'Académie roy. de méd., 1840.

ARAN. — Arch. de méd., 1841.

MARTIN. — Solon céphalocystes du cerveau. Gaz. méd. de Paris, 1840.

LAGOUT. — Bulletin de la Soc. anat., 1845.

MILCENT. — Bulletin de la Soc. anat., 1843.

FORGET. — Gaz. méd. 1846.

FRÉDAULT. — Notes sur cas de vers vésiculaires. Gaz. méd. de Paris, 1847.

BLACHE. — Bulletin de la Soc. anat. 1837.

FATON. — Kyste hyd. de l'hémisph. droit. Soc. anat. 1848.

GRÉGORY. — Gaz. méd., 1849.

GAUDINEAU. — Acéphal. du poids de 225 gr. Dans l'hémis. droit. Rev. méd. française, Paris, 1851.

LEUDET. — Cysticerq. du cerveau et des muscles. Soc. anat. 1853.

VÉDRENNE. — Rev. de mémoire de méd. milit. Paris, 1854.

BOUCHUT. — Gazette des hôpitaux, 1857.

DAVAINE. — De l'action du cœnurus sur le cerveau. Gaz., méd. de Paris, 1857.

JOIRE. — 1^o Gazette des hôpitaux, 1860, p. 86. — 2^o Rev. méd. fr. et étr., 1860.

BAILLARGER. — Acéphalocyste du cerveau. Gaz. des hôp., 1861, p. 21.

POTAIN. — Trois kystes hyd. du cerveau. Soc. anat., 1862.

CHARCOT et DAVAINÉ. — Cas d'hyd. du cerveau. Gaz. méd., 1862.

DAMASCHINO. — Union méd., p. 476, 1865.

BORDIER. — Kyst. hyd. du cerveau. Soc. anat., 1865.

ROGER. — Gazette des hôpitaux, 1865.

VIRY. — Étude sur les cystic. du cerveau. Th. de Strasbourg, 1867.

PARROT. — Arch. de physiologie, p. 450, 1868.

MAGNAN. — Kyst. hyd. du lobe frontal. Soc. de biologie, 1868.

PICOT. — Recueil des travaux de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire. Tours, 1869.

CLÉMENCEAUX. — Les entozoaires du cerveau humain. Th. de Paris, 1871.

BLANCHARD. — Traité de zoologie méd., 1889, p. 391.

MATIGNON. — J. de méd. de Bordeaux, 1892, p. 337.

BOUILLY. — Trait. des kystes hyd. par l'incision ou les injections de sublimé. Mercredi méd., 1892, p. 201.

DEBOVE. — De l'intoxication hyd. Bulletin 2. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1888, p. 113-118.

RÉEB. — Acéphal. du cerveau. Rev. de mém. de méd. médic., Paris, 1881.

BOUCHUT. — Méd. 1872.

SÈE (G.) — Paris médical, 1875-76.

SEVESTRE. — Société anat. de Paris, 1875.

RENDU. — Société anat. Décembre 1878.

SIMONNIN. — Journal de méd. vét. et de zoo. de Lyon, 1879.

BÉCOULET et GIRAUD. — Notes sur les cyst. du cerveau. Ann. médico. Puget, Paris, 1872.

DAVAINE. — Traité des entozoaires, p. 696, 1877.

GRASSET. — Montpellier méd., p. 453, mai 1879.

SPILLMANN et SCHMITT. — Arch. de méd., 1882.

BABINSKI. — Kystes hyd. du cerveau. Soc. anat. de mars 1883.

BOUCHUT. — Cl. de l'hôpital des enf. mal., p. 289, 1884.

BARTHEZ et SANNÉ. — Traité des mal. des enf., t. I, p. 291.

LEMAÎTRE. — Cyst. du cerveau: Journ. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne, n° 7, 1887.

GAVOY. — Cyst. du cerveau encéphal., t. VIII, 1888.

BERNARD. — Notes sur un cas de cyst. du cerveau. Arch. de neurologie, t. VIII, p. 218.

JACCOUD. — Pathologie, t. I, p. 495.

RABOT. — Lyon médical, 1890, 23 février.

DUCAMP. — Kystes hyd. du cerveau. Progrès méd., 12 septembre 1891.

HANOT et JANET. — Kystes parasitaires du cerveau. Arch. gén. de médecine, septembre 1891.

PEYTAVY. — Tumeurs céréb. Th. Paris, 1892.

CALDÈRON. — Arch. d'ophth., t. IX, n° V.

HOIGNE. — Tumeurs du cerveau. Th. Paris, 1893.

BALL et KRISHABER. — Art. cerveau (pathologie). Dict. encycl. des soc. méd.

JACCOUD et HALLOPEAU. — Tumeurs à l'encéphale. Nouv. dict. de méd. et de chir. t. XIII

BITOT et SABRAZÈS. — Étude sur les cyst. en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'h. Gaz. méd. de Paris, 5 juillet 1890.

BERGÉ. — Cyst. de la vessie chez l'h., cyst. dans le cerveau, etc. Soc. anat., 22 mai 1891.

LANCEREAUX. — Cyst. de l'encéphale chez l'h. Union méd., 21 mai 1889.

